LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

L'imprimerie ayant été fermée Jeudi, fête de l'Ascen-n, ce numéro paraît avec un retard de vingt-quatre ures.

SOMMAIRE

ygiène publique : Crachoirs et crachats, par le Dr L. Séailles, résident de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, 337. — **Revue de la presse** : Alopécie syphilitique totale des ils, 339. — **Académie des sciences** : *Séance du 17 mai* 1897. Présidence de M. Chatin. — Quatrième note sur les applications le la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax, 339 — Démonstrations par les rayons de Röntgen de la régénération sseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales, 340. — Les troubles physiologiques et trophiques dus aux ayons X, 340. — Recherches sur les causes des troubles de la croissance à l'aide des rayons de Röntgen, 341. — **Académie de médecine** : *Séance du 25 mai* 1897. Présidence de M. Caventou. — Fistules latérales du pubis consécutives à l'uranestophylorraphie, 341. — Gastro-succorrhée, 341. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 21 mai* 1897. Présidence de M. Debove. — Traitement de l'eczema par l'acice picrique, 342. — Le bruit de rouet sous-claviculaire, 342. — Rein mobile chez les enfants, 343. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 20 mai* 1897. Présidence de M. Besnier. — Difformités de la face consécutives à un bouton d'Alep, 343. — Récidives *in situ* d'accidents tropho-névrotiques dans la seconde année de la syphilis, 343. — Hérodo-syphilis; dactylite osseuse syphilitique, 343. — Psoriasis invétéré et acide cacodylique, 343. — Vergetures syphilitiques en plaques nummulaires, 344. — Deux cas de syringomyélie à type Morvan, 344. — Quatrième note sur un cas de mycosis fongoïde, 345. — Sur un cas très probable de lèpre bretonne, 344. — Lymphangiectasie dermique spontanée de la face, 344. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 22 mai* 1897. Présidence de M. Bouloumié. — Des inconvénients de la strychine dans certains cas de parésie vésicale, 346. — Radiation, 347. — Rapport sur la candidature du Dr Buret au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, 347. — Election, 349. — **Société des médecins inspecteurs des écoles** : *Séances de février et mars.* — Présidence du Dr Thominet. — De l'inutilité des crachoirs dans les écoles, 349. — Revaccinations dans les écoles communales du VIIe arrondissement pendant l'année 1896, 349. — **Société de chirurgie** : *Séance du 26 mai* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur, 350. Redressement brusque du mal de Pott, 350. — Traitement conservateur appliqué à la coxalgie, 350. — Fractures doubles de la rotule, 351. — Ostéo-sarcôme pédiculé préaortique du tibia. Ablation de la tumeur. Guérison, 351. — Photographies de Röntgen avant et après l'intervention montrant l'indépendance de la tumeur, etc., 351. — **Nouvelles**, 352.

HYGIÈNE PUBLIQUE

—

Crachoirs et crachats (1),

Par le Dr L. SÉAILLES,

Président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

Le monde médical est aujourd'hui d'accord : le crachat est le véhicule de nombreux microbes pathogènes et surtout du bacille de la tuberculose. Sa dessication est un danger permanent pour tous. Il est donc urgent de prendre les mesures rationnelles et pratiques qui s'imposent, pour empêcher la dispersion des crachats et assurer leur rapide destruction.

Il faut interdire au public, encore ignorant, non pas seulement par une affiche minuscule et dissimulée, de cracher dans les omnibus, tramways, wagons de chemins de fer; mais par des instructions formelles aux conducteurs ou employés, il faut recommander à ces agents de faire appliquer la défense de police, en rappelant à l'ordre les gens peu gênés, qui crachent entre leurs voisins, polluant le plancher et éclaboussant les vêtements des autres voyageurs. S'il est utile d'édicter des pénalités contre certains entêtés, que le législateur s'occupe de les mettre au jour.

Dans les casernes, dans les écoles, dans les administrations, les officiers, les maîtres, les directeurs ou les contre-maîtres se chargeront de l'application des mesures prescrites.

Il faut, comme je l'ai déjà demandé, rendre obligatoire la désinfection répétée de tous les édifices publics, de tous les endroits où la population s'accumule à certains moments. Il faut, enfin, habituer les gens à ne pas cracher de tous côtés, leur apprendre la gravité de l'acte qu'ils commettent, en répandant leurs mucosités sur le sol. Il faut prévenir le public, par des affiches apposées dans tous les endroits fréquentés, de l'interdiction qui leur est faite, et des raisons qui ont inspiré cette décision.

Il faut enfin imposer le crachoir partout où cela sera pratique.

Le crachoir peut être portatif, ou à main, pour le lit du malade, ou stable.

Le crachoir portatif ne me semble pas pouvoir être imposé, sinon dans les endroits où existera une surveillance continue, une autorité qui s'occupera de constater sa présence dans la poche du malade et en exigera l'usage; à l'hôpital, par exemple, dans certains bureaux d'administration; mais dans le public, jamais ce crachoir ne sera adopté. Et si on arrive à persuader les cracheurs de l'utilité de son usage, combien d'années faudra-t-il pour atteindre ce but.

Le crachoir à main, pour le lit du malade, est accepté sans difficulté, dès que le médecin en conseille l'usage. Il sera légèr et de dimensions moyennes, pour éviter la fatigue aux malades.

Les tuberculeux, par exemple, chez qui il doit être exigé, sont obligés de le prendre à chaque instant, soit

(1) Communication faite à la Société des Bureaux de bienfaisance.

à leur côté, soit sur leur table de nuit, pour le porter à la bouche. Cet exercice pour les gens affaiblis est très fatigant. Nos malades phtisiques du Bureau de bienfaisance, à qui le crachoir en terre épais, en usage dans certains hôpitaux, a été délivré, se plaignent de sa lourdeur et de la fatigue qu'ils éprouvent à s'en servir. Pour nos indigents, un crachoir plus léger s'impose ; un crachoir en tôle émaillée, de moyen format, ferait bien l'affaire. Dans la clientèle soigneuse, le crachoir en porcelaine blanche est d'un usage courant et personne ne s'en plaint. Il est d'ailleurs peu lourd.

Le crachoir stable, tel qu'il existe aujourd'hui, est encore une chimère. Nous savons tous que le crachoir est un meuble autour duquel on crache.

En effet, partout où vous le trouvez, dans les administrations, les musées, les hôpitaux, le crachoir est posé par terre. Il est trop bas comme, d'après mon travail, le dit M. Clairin, dans son rapport au Conseil général, pour que les gens qui se donnent la peine de le viser, y envoient leurs crachats ; la plupart du temps ce récipient est entouré de mucosités, dont les unes pendent à son bord, dont les autres souillent le plancher environnant.

Pour que ce meuble devienne utile, il faut l'élever sur un trépied de fer, l'isoler des murs. Le trépied aura 0.80 centimètres de hauteur, il recevra le récipient qui aura 0.50 de longueur sur 0 25 de largeur et 0.20 de profondeur (mesures pouvant varier suivant les besoins).

Le cracheur, n'ayant plus qu'à s'incliner légèrement pour envoyer son expectoration, ne manquera jamais le but et on ne verra plus, comme dans les couloirs de beaucoup d'hôpitaux, une véritable inondation autour des crachoirs. Toutes les administrations publiques, les écoles, les hôpitaux, les casernes seront munis obligatoirement de ces sortes de crachoirs. Sauf le trépied, ils existent déjà dans la plupart de ces endroits. La dépense ne sera donc pas très importante. Le service d'assainissement procédera à leur désinfection le plus souvent possible. Tous les jours les employés détruiront par le feu les matières antiseptiques placées dans ces réceptables et les laveront à l'eau bouillante carbonatée. Voilà, pour les récipients des crachats contaminés ou non, les mesures qu'il convient de prendre.

Quelle est, maintenant, la substance la meilleure, la plus facilement destructible, la moins diffusible dont il importe de garnir tous ces creusets à bacilles?

Jusqu'à présent on s'est servi soit de liquides, soit de solides pulvérulents. Aucun de ces agents ne répond, à mon avis, au but que se proposent les hygiénistes.

Les principaux liquides employés sont : la liqueur de Van Swieten, qui n'a, pour des raisons chimiques, que de médiocres propriétés, le permanganate de potasse, les solutions d'acide phénique ou de ses dérivés, qui ont une odeur insupportable pour les malades, les font tousser et leur donnent des nausées. De plus ces liquides sont d'un maniement dangereux, l'entourage du malade doit veiller à ne pas laisser traîner ces solu tions, car les accidents d'empoisonnement sont fré quents depuis que leur usage est devenu courant. arrive aussi que le malade affaibli, en prenant le cra choir, laisse tomber sur ses objets de literie et sur lui même un peu du dangereux contenu ou bien que l crachoir est renversé, tombe à terre, répandant d toutes parts les produits expectorés. Enfin ces liquide et crachats sont vidés dans les cabinets d'aisance; e surtout sur les sièges, sous les cuvettes, il reste de crachats suspendus qui s'y dessèchent et y acquièrei leur nocivité. Ainsi nos efforts de prophylaxie soi annihilés.

On emploie aussi couramment des matières solides le sable, la sciure de bois, qui est encore la garnitur favorite des crachoirs de la ville de Paris et de l'Eta Ces substances retiennent bien le crachat, mais elles n sont pas assez lourdes pour ne pas se disperser a moindre souffle, au moindre choc. Lorsque le malad crache avec un peu de vigueur, il fait sauter hors d crachoir soit le sable, soit la sciure qui le garnit. Dan les couloirs, au moindre courant d'air, le vent enlèv les matières, emportant des débris de crachats, q vont sécher inaperçus dans les coins, ou dans les in terstices des planchers.

Donc, liquides, sciure, sable, ont trop d'inconvénien pour ne pas être dorénavant abandonnés. Une seu substance me semble bien remplir les conditions qu j'énumérais plus haut relativement à la garniture pr tique des crachoirs, légèreté, facilité de destructio stabilité, bon marché. C'est un produit végétal, foi varech de choix, alfa, ouate de tourbe, qui sert au pansements vétérinaires, un autre produit similair imprégné au préalable d'un produit antiseptique, in dore et d'un maniement non dangereux. La garnitu des crachoirs est des plus simples, quelle qu'en soit forme. Tous les matins une plus ou moins gran quantité de la substance choisie sera déposée dans l récipients en ayant soin de ne pas la tasser. Les cr chats, déposés sur cette sorte de nid, se faufilero dans les interstices, resteront suspendus aux brin toujours en contact avec le produit antiseptique impr gnant.

La toilette du crachoir devient des plus faciles. To les soirs, et plusieurs fois par jour, s'il est utile, l préposés enlèveront le crachoir, dont la garnitur stable, ne voltigera pas, ne se renversera pas, ils l'em porteront sur un fourneau, allumé ou non, le produ étant très facile à brûler; là, munis d'une pincette fer, ils retireront le petit bloc infecté, le déposero dans le fourneau. Le feu détruira immédiatement to les produits expectorés avec la substance végéta sans en laisser trace. La pincette sera rougie au f après chaque opération. Un lavage à l'eau bouillan carbonatée, et le crachoir garni d'une nouvelle couc végétale sera de nouveau prêt à servir et parfaiteme aseptique.

omme conclusions à ces considérations, je pro-erai :

» Pour le crachoir portatif, individuel, de poche : le lèle que l'on voudra, le regardant comme impos-e à imposer sauf de rares exceptions. Cependant r ceux qui l'accepteront, le produit végétal, dont je le, est tout indiqué, évitant ainsi le désagrément transport des liquides dans les poches ;

° Pour le crachoir à main au lit du malade, chez les igents, à l'hôpital, un instrument léger, en tôle aillée, délivré gratuitement aux malheureux tuber-eux soignés à domicile avec la substance antisep-ie, par l'Assistance publique aux pharmaciens des pensaires.

Pour le crachoir du malade aisé, le vase au choix du decin traitant, avec la même garniture si commode si propre.

° Pour les crachoirs stables, collectifs, dans les ministrations, hôpitaux, familles, enfin, dans tous endroits publics : crachoirs de 0,50 de longueur 0,25 de largeur et 0,20 de profondeur (mesures va-bles), montés sur trepieds de 0.80 centimètres de uteur et isolés, garnis de ces fibres végétales anti-tiques qui seront brûlées tous les jours. Désinfec-n par le service d'assainissement tous les mois.

On fera ainsi de la vraie prophylaxie et œuvre utile, jusqu'à présent le crachoir tel qu'il est n'a servi à répandre partout les bacilles de Koch et autres crobes contenus dans les mucosités déposées dans meubles sales, inutiles et mal entretenus.

REVUE DE LA PRESSE

Alopécie syphilitique totale des cils, par M. IVER-NC, de Toulouse (*Journal des maladies cutanées*, vrier 1897). — La chute des cheveux en clairières, lopécie des sourcils, signalés tout particulièrement r le professeur Fournier, sont des plus fréquentes au urs de la syphilis secondaire ; on sait que la chute des urcils se manifeste avec prédilection dans leur par-e externe. En revanche l'alopécie des cils est beau-up plus rare.

C..., âgée de 22 ans, domestique, sans antécédents héréditaires ni personnels, accouche le 10 mai 1896. un enfant à terme et bien portant ; quelques jours près, elle présente une éruption papuleuse généralisée ui disparaît spontanément au bout d'un mois. En sep-mbre, éruption de larges papules qui débutèrent sur s fesses, puis se montrèrent sur le dos, sur les mem-res inférieurs. Céphalalgie vive, chute des cheveux... n décembre 2 ou 3 petits papillons aux organes péni-ux. Aux coudes, aux genoux, dans le dos, sur les égions trochantériennes, papulese ntourées d'un grand ombre de macules. Les cheveux sont fins, secs, lairsemés dans les régions temporales. Les sourcils sont couverts de croûtes jaunâtres séborréiformes ; ils sont rares et tombent en abondance. Les cils ont presque disparu sur chacun des rebords palpébraux, sans qu'il y ait de lésion de ces rebords. Après un mois de frictions mercurielles, tout est en voie de guérison, de nombreux cils follets commencent à réapparaître.

D. B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mai 1897. — Présidence de M. CHATIN.

Quatrième note sur les applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax. — M. CH. BOUCHARD. Dans trois notes précédentes, j'ai prouvé par des exemples que la radioscopie peut rendre à la médecine interne des services aussi précieux et plus multipliés qu'à la chirurgie. Elle permet de découvrir les épanchements pleuraux, de délimiter le liquide, de suivre son retrait graduel ; on peut reconnaître même la pleurésie sèche et les épaississements de la plèvre consécutifs aux inflammations de membrane ; on constate les rétractions qui surviennent à la suite de la pleurésie. J'ai pu, grâce à ce moyen d'exploration, diagnostiquer, même dans les périodes initiales, la tuberculose pulmonaire, suivre sa marche, reconnaître l'existence des cavernes. J'ai diagnostiqué l'adénopathie trachéobronchique, l'ectopie cardiaque, l'hypertrophie du cœur avec battement des oreillettes à droite du sternum, les dilatations et l'anévrisme de l'aorte. Aux notions précédentes, j'ajoute deux ordres de faits nouveaux.

Chez un homme de 45 ans, atteint depuis deux mois de dysphagie progressivec avec accès de spasme, qui en était arrivé à ne plus pouvoir ingérer que les liquides et chez lequel on avait porté le diagnostic de rétrécisssement de l'œsophage sans que rien autorisât à se prononcer avec certitude sur la nature de ce rétrécissement, j'ai pu constater et faire voir aux élèves une tumeur bilobée siégeant à gauche de la quatrième vertèbre dorsale. Je pouvais, dès lors, affirmer qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage. Neuf jours plus tard, le malade ayant succombé à un pyopneumothorax gangréneux, l'autopsie permettait de vérifier dans tous ses détails notre diagnostic.

Les faits suivants ont trait au diagnostic de l'insuffisance aortique.

Un homme, âgé de 34 ans, qui a souffert de fièvres intermittentes, de fièvre typhoïde et de plusieurs accès de rhumatisme aigu, est actuellement atteint d'aortite avec accès angineux. On constate chez lui un double souffle systolique et diastolique à la base. La crosse aortique et la sous-clavière sont soulevées.

La radioscopie faite en avant montre à droite du sternum, au niveau de la deuxième côte, une ombre formant flux et reflux isochrones aux battements du pouls. L'examen fait par le dos permet de constater les battements d'une autre ombre qui se détache chaque fois de la colonne vertébrale et s'avance vers la gauche au-dessus de l'ombre portée par le cœur, jusqu'à l'ombre de la clavicule. On arrive à constater les mêmes battements aortiques à gauche de la colonne par l'examen fait en avant.

Une jeune fille de 18 ans qui, à la suite de deux attaques de rhumatisme aigu, a vu survenir aux pieds et aux mains

les déformations du rhumatisme chronique, est atteinte aussi d'insuffisance avec rétrécissement aortique.

La radioscopie fait constater également chez elle, en avant, une ombre pulsatile dans le premier espace intercostal et dans le deuxième à droite du sternum. On voit d'autres battements à gauche. A l'examen par le dos, on retrouve très nettement ces mêmes battements à gauche de la colonne, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

Chez un homme de 68 ans, qui se plaignait d'accidents dyspnéiques et qu'on eut l'occasion d'examiner à l'aide de l'écran phosphorescent avant d'avoir eu encore le loisir de le soumettre à une exploration régulière, on porta le diagnostic d'insuffisance aortique d'après la constatation de battements d'une ombre en avant, à droite du sternum, et d'autres battements en arrière à gauche de la colonne vertébrale. L'examen clinique ordinaire vérifia le diagnostic et permit en particulier de constater le souffle diastolique à la base avec extension vers l'appendice xyphoïde.

Dans l'insuffisance aortique, la chute brusque de la tension vasculaire due à l'impossibilité d'occlusion des valvules aortiques et le reflux du sang qui en est la conséquence mettent l'aorte dans un état de vacuité relative auquel succède brusquement une réplétion quand survient la systole suivante du ventricule. C'est ce qui donne le pouls bondissant dans l'insuffisance aortique ; c'est ce qui permet de constater à l'œil les battements des artères sous la peau ; c'est aussi ce qui fait que, grâce aux rayons de Rœntgen, on voit battre dans le thorax, chez les malades atteints d'insuffisance aortique, l'aorte ascendante à droite du sternum, l'aorte descendante à gauche de la colonne vertébrale. Quand l'aorte est normale, on ne la voit pas. Quand l'aorte est simplement dilatée, on la voit, mais on ne distingue pas ses battements. L'existence dans les sièges indiqués d'une ombre qui bat en avant en s'écartant et se rapprochant des deux bords du sternum, qui bat en arrière en s'écartant et se rapprochant du bord gauche de la colonne vertébrale, est caractéristique de l'insuffisance aortique.

Démonstration par les rayons de Roentgen de la régénération osseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales — M. Ollier. (Communication faite également à l'Académie de médecine.)

Les troubles physiologiques et trophiques dus aux rayons X. — M. Destot. Tous les auteurs qui ont essayé de poursuivre des recherches un peu longues sur les rayons X ont signalé des troubles trophiques allant de l'érythème simple à l'abcès en passant par les phlyctènes, l'ulcération de la peau avec perte des phanères.

On a cru trouver une analogie entre ces faits et ceux du coup de soleil. Ils en diffèrent à divers points de vue :

1° Les rayons ne sont pas perçus au moment de l'application ;

2° Entre le moment d'application et l'apparition des troubles il s'écoule un laps de temps considérable quelquefois, de quarante-huit heures à vingt jours, et il est difficile d'admettre une action directe immédiate sur les tissus, amenant des changements physiques et chimiques capables d'entraîner une nécrobiose au bout d'une pareille période ;

3° La distance du tube à la peau joue un très grand rôle ; au delà d'une certaine limite, que nous aurons à préciser, les troubles ne se manifestent plus ;

4° On les empêche en interposant une feuille d'aluminium, reliée au sol, qui laisse cependant passer les rayons X ;

5° Enfin, ces troubles n'apparaissent pas, ainsi que nous l'avons signalé le premier, avec l'emploi de la machine statique comme source d'électricité. Dans ce cas pourtant les rayons X possèdent les mêmes qualités physiques. Notre observation a d'ailleurs été contrôlée par les observations de Frei.

Il s'agit donc de troubles ayant pour point de départ le système nerveux sensitif inconscient, réagissant sur la moelle et amenant secondairement les troubles signalés par l'intermédiaire des vaisseaux.

L'étude du pouls devait donc permettre de vérifier cette hypothèse, puisqu'elle permettait, d'une part, d'affirmer un retentissement sur tout l'appareil cardio vasculaire incompatible avec l'idée d'une action locale, et, d'autre part, de préciser l'origine des troubles trophiques.

Aussi avons-nous opposé l'étude du pouls avec la machine statique à l'étude du pouls avec la bobine servant de générateur, puisque dans un cas les troubles trophiques n'existent pas. Le tube était le même, dirigé sur la main à 0 m. 05, de la peau ; la séance d'exposition a duré une heure ; le pouls était inscrit au sphygmographe à cylindre de Marey, et pris sur le bras opposé à celui exposé aux rayons.

Avec la machine statique, on voit, au bout de dix minutes, le dicrotisme disparaître, le pouls se tend, mais il n'y a pas de modification dans le nombre de pulsations.

Au bout d'une heure, le tube est arrêté, et le pouls reprend presque immédiatement sa forme et son allure normales.

Avec la bobine, le pouls montre d'abord une tension passagère, qui est bientôt suivie d'une chute considérable, accusée par l'exagération du crochet et du polycrotisme ; puis survient de l'arythmie avec pulsations avortées.

Le tube étant arrêté, le pouls ne reprend pas sa forme bien qu'au bout d'une seconde heure il est aussi mou que si le tube fonctionnait. L'expérience n'a pas été poussée plus loin.

Dans les deux cas des plaques photographiques ont été impressionnées et l'on ne peut y trouver de différence d'intensité. Les rayons X avaient donc la même intensité, les mêmes qualités physiques. Seuls les générations électriques différaient et l'on doit leur imputer les différences du tracé.

L'onde électrique et sa forme sont donc la cause des troubles, et non les rayons X eux-mêmes. Il se développe en effet, autour du tube, une atmosphère électrique, décelable le radiomètre (Gossert et Chevalier), qui est positive (Rydbery), qui détermine des actions particulières sur l'aiguille de déclinaison (Korda et Oudin), et c'est elle qui agit sur les extrémités nerveuses sensitives, inconscientes du sympathique. Le champ électrostatique ainsi créé ne dépasse pas une certaine limite variant avec les appareils employés (ordinairement 0.25 en moyenne) et que l'on peut déterminer dans l'obscurité avec le radiomètre qui s'éclaire sous son influence : ce qui explique pourquoi les troubles ne se montrent pas au delà d'une certaine distance et pourquoi une lame métallique mise à la terre les empêche de se produire.

Les expériences sur les animaux ne prouvent rien en effet, leur peau a une physiologie, une anatomie et une

gie trop différentes de la peau glabre de l'homme, et n'est pas organisée pour resister et réagir aux vibrations extérieures de la même façon. Le cobaye, par exemple, de la sclérose cutanée où l'homme fait l'ulcération. si les expériences de MM. Genoud et Lortet ne sont pas cables à l'homme ; elles ont eu toutefois le mérite de une méthode de radiothérapie qui, si elle n'a pas eu oint de vue thérapeutique les résultats qu'on espérait, t naître des troubles trophiques, dont la physiologie ntéressante à beaucoup d'égards. Mais le rayon X n'est rien dans ces singulières manifestations ; la forme et réquence de l'onde électrique génératrice sont seules ause.

echerches sur les causes des troubles de la croisce, à l'aide des rayons de Roentgen. MM. Maurice NGER et Dr Serbanesco. En examinant, à l'aide des rayons ntgen, au niveau du genou, le cartilage de conjugaison ibia et du fémur, on constate qu'il se présente sous pect d'une zone claire et transparente. Celle-ci diminue esure que la croissance progresse ; elle disparaît comement quand le cartilage qui fait croître en hauteur, ltré de sels calcaires et ossifié, arrête définitivement la issance.

ous avons recherché quel était l'état de ce cartilage s différents troubles de croissance attribuables à des ses diverses.

e fait le plus remarquable nous est fourni par le *myxœme*. Dans cette affection la radiographie révèle que le tilage de conjugaison persiste longtemps sans s'ossifier ; en effet, le traitement thyroïdien peut faire grandir, me à trente-quatre ans.

Cette persistance de l'état infantile de certains organes accorde bien avec ce fait, récemment mis en lumière par Dr H. Vaquez : la présence de globules rouges nucléés vélant la persistance du processus fœtal de l'hématoièse.

Dans la *syphilis héréditaire* l'arrêt de développement paît dû à une tendance à l'ossification précoce, mais le carage persiste.

Chez les enfants d'*alcooliques*, le cartilage est mince, régulier et s'ossifie prématurément.

Par contre, dans la *tuberculose* héréditaire ou acquise, le rtilage persiste et son ossification paraît ralentie.

Un grand nombre de maladies produisent des altérations ans la disposition de ce cartilage et dans son mode d'ossication.

La radiographie ajoute à l'étude des troubles de la croisance un nouveau signe physique aisément appréciable et ort utile pour le diagnostic. Cette recherche pourra désormais guider le traitement, puisque, tant que le cartilage résente une zone transparente, on peut combattre les rrêts de croissance, tandis que, lorsque le cartilage est paque, tout traitement dans le but de faire croître est nutile, la croissance étant définitivement arrêtée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *mai* 1897. — *Présidence de* M. Caventou.

La correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. B. Dupuy, Vigier et Yvon dans la section de pharmacie ; 2° un pli cacheté déposé par MM. le Dr Combe et Anthelme. (Accepté.)

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Deroubaix, de Bruxelles, associé étranger, ancien président de l'Académie de médecine de Belgique.

Fistules latérales du pubis consécutives à l'uranostaphylorraphie. — M. Hermann (de Mulhouse) lit un travail sur ce sujet.

Gastro-succorrhée. — M. Alb. Robin. Je désire compléter la réponse que j'ai faite dans la dernière séance à la communication de M. Hayem. J'ai cité de mémoire quelques travaux. M. Hayem m'a objecté, avec raison, que dans le travail de Boas, paru en 1891, il n'y avait pas d'autopsie ; mais ce travail a été suivi d'une discussion dans laquelle des auteurs ont apporté des faits confirmatifs de l'opinion de Boas et des autopsies. Dans l'une de ces autopsies, on a décrit des sténoses de la partie supérieure du jejunum. Un autre travail sur la dilatation de l'estomac par sténose duodénale cite trois autopsies.

Le diagnostic entre la sténose duodénale et la sténose non duodénale a été déjà faite par Hochhaus, mais avec moins de détails que M. Hayem n'en a donnés.

J'ai traité ici cette question de bibliographie, parce qu'à l'étranger on nous accuse à tort d'ignorer ce qui se fait hors de chez nous.

Je suis d'accord avec M. Hayem quand il veut détruire cette pseudo-identité qu'on a appelé la maladie de Reichmann ; mais, pour M. Hayem l'obstacle est purement mécanique, tandis que je crois que dans un grand nombre de cas l'obstacle est purement fonctionnel. Si l'obstacle est toujours mécanique, comme le dit M. Hayem, nous n'avons qu'à livrer le malade à la chirurgie ; si au contraire il s'agit d'un spasme, d'une contracture, la parole reste au médecin.

J'apporte trois sortes de preuves : cliniques, anatomiques et thérapeutiques.

Je désigne sous le nom d'hypercrinie gastrique une maladie dans laquelle l'estomac est un grand nombre de fois distendu parce qu'il y a un spasme intermittent du pylore, causé par l'hypersécrétion de l'acide chlorhydrique libre ; lorsque le liquide hyperacide, dans une régurgitation, vient irriter la muqueuse de la bouche, la même chose se passe du côté du pylore ; même dans l'acidité permanente la distension stomacale n'est pas permanente elle-même. Lorsque, chez ces malades, on exerce une pression au niveau du pylore, on provoque de la douleur. Enfin toutes les fois qu'il existe un exsudat au niveau du pylore il se produit une constriction au même niveau.

Toutes ces preuves cliniques peuvent être contestées par M. Hayem : mais les preuves anatomiques ne sont pas faciles à apporter parce que les malades meurent peu et parce que les spasmes du pylore ne persistent pas après la mort. J'ai consulté M. Doyen qui a fait un grand nombre d'opérations sur l'estomac et qui a trouvé sur 6 cas de dilatation de l'estomac un rétrécissement spasmodique du pylore. Je citerai une seule de ces observations : il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, très cachectisée par une maladie de Reichmann ; elle fut examinée par M. Debove, puis par M. Hayem lui-même ; elle se décida à subir une opération chirurgicale. M. Doyen ne trouva aucune trace de rétrécissement du pylore, mais seulement une contracture spasmodique.

Il semble superflu d'apporter d'autre preuve et cependant

il existe un traitement médical. M. Robin résume cinq observations. Un homme très amaigri a été suivi pendant deux ans ; il a augmenté de poids de 6 kilogr. Un deuxième malade de 30 ans, amaigri de 15 kilogr. est remonté de 52 à 63 kilogr. Un homme de 45 ans, considéré comme atteint de cancer de l'estomac, à cause de son aspect cachectique, est actuellement guéri.

Il ne faut pas faire opérer seulement des malades atteints de rétrécissements organiques ; il y a des cas de rétrécissement spasmodique dans lesquels le traitement médical est insuffisant et dans lesquels il faut recourir à la gastro-entérostomie.

M. Hayem, un peu souffrant, désire faire une très courte réponse et répondre plus longuement la prochaine fois.

La médecine est une science d'observation ; la meilleure manière de faire des progrès est de perfectionner les moyens d'observation. Devant des gens présentant avec des dilatations stomacales des phénomènes cliniques très différents, on a cherché le moyen de perfectionner le diagnostic. Reichmann, après avoir retiré de l'estomac la bouillie alimentaire et après avoir fait le soir un lavage de l'estomac, peut encore retirer le lendemain matin une certaine quantité de liquide. Le fait a été trouvé tellement intéressant en France que MM. Bouveret et Devic ont voulu en faire une maladie particulière. Il n'en est pas moins vrai que cette idée d'explorer les malades le matin à jeun était une idée utile.

Dans la réponse que vient de faire M. Robin à ma communication, il n'est pas question de l'exploration des malades à jeun, et par conséquent du seul fait qui puisse caractériser la maladie de Reichmann. M. Robin a parlé de toutes sortes de choses, excepté du syndrome de Reichmann.

M. Robin dit que M. Doyen a opéré une petite malade que j'ai soignée ; il s'agissait d'une vésanique hypochondriaque anorexique, qui n'avait aucun symptôme de la maladie de Reichmann. M. Robin dit que M. Doyen a constaté une contraction du pylore, je ne sais pas comment il s'y est pris ; mais ce qui est certain, c'est qu'en aucun moment cette jeune fille n'a eu de gastrosuccorrhée, de maladie de Reichmann. La maladie de Reichmann est d'ailleurs très rare en ville, puisque je n'en ai vu que deux cas. Je ne saisis donc pas la réponse de M. Robin parce que je ne reconnais pas les caractères que j'ai donnés de la maladie de Reichmann, et je dis que, toutes les fois qu'il y a maladie de Reichmann, il y a sténose pylorique ou sous-pylorique. Or, sauf erreur, dans tous les cas cités par M. Robin, il ne s'agit pas de malades atteints de maladie de Reichmann.

M. Debove. Le point en litige est le suivant. Les malades atteints de gastrosuccorrhée ont ils toujours ou non du rétrécissement pylorique ou sous-pylorique. Tout le monde n'a pas le moyen de faire des autopsies sur le vivant. La question est difficile à trancher. Chez tous les malades qui ont succombé, M. Hayem a trouvé un rétrécissement ; mais tous les malades ne succombent pas et on ne peut pas savoir ce qui se passe chez ceux qui ne sont pas opérés ou qui ne meurent pas. Dans l'observation de M. Hayem on n'a pas pris les précautions suffisantes, dit-il, pour s'assurer du rétrécissement du pylore. Il est possible que M. Hayem n'ait pas tort, mais il faut de nouveaux éléments pour permettre de trancher la question. A la période de gastrosuccorrhée simple, les malades ne succombent pas ; au contraire, quand les malades sont sténosés, ils meurent et il est facile de faire leur autopsie.

M. Hayem. Cette dernière objection de M. Debove n'est pas exacte ; il n'est pas facile de faire des autopsies de gastrosuccorrhéique, parce que les malades traînent de service en service et finissent par mourir comme tuberculeux dans des services où l'on ignore même leur état primitif.

A 5 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mai 1897. — Présidence de M. Debove.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. — M. Ernest Gaucher. Cette courte communication a pour but de vous faire connaître un nouveau traitement de l'eczéma aigu qui m'a semblé supérieur aux moyens employés jusqu'à ce jour.

En me fondant d'une part sur l'action élective de l'acide picrique sur les cellules épithéliales, et, d'autre part, sur l'efficacité de cette substance dans les brûlures superficielles, j'ai pensé à l'utiliser pour le traitement de l'eczéma aigu et de toutes les poussées aiguës d'eczéma.

Des recherches bibliographiques m'ont appris, d'ailleurs, que ce procédé thérapeutique avait déjà été employé avec succès par un médecin anglais, le Dr Mac Lennan (de Glascow). Comme pour les brûlures, je me sers d'une solution aqueuse d'acide picrique au centième avec laquelle je badigeonne les surfaces malades et, par dessus, j'applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibées de la même solution. Je fais le pansement et je le laisse en place pendant deux jours. Au bout de ce temps les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué, quelquefois même disparu, l'épiderme commence à desquamer. On recommence la même application picriquée et le même pansement tous les deux jours et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie. J'ajoute que la solution d'acide picrique a un autre effet très appréciable : elle calme rapidement les démangeaisons.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, ou au moins rouge et humide, et n'a d'action que sur l'état aigu. Il est bien évident qu'il est insuffisant pour modifier l'apaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique lichénoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse et surtout aux lésions épidermiques.

Je crois qu'on pourrait l'employer avec le même avantage dans les autres inflammations superficielles et humides de la peau, et, notamment dans toutes les formes de pemphigus.

L'eczéma étant une affection très fréquente, je pourrai sans doute vous communiquer bientôt un grand nombre d'observations relatives à ce mode de traitement, mais j'ai tenu, sans plus tarder, à vous signaler les résultats très favorables que j'ai obtenus jusqu'ici.

Le bruit de rouet sous-claviculaire. — MM. Gilbert et Garnier viennent de signaler (*Société de biologie*, 1er mai 1897) chez une chlorotique l'existence d'un souffle doux, continu, à renforcement systolique, attribuable à la veine cave supérieure et aux troncs veineux brachio-céphaliques

çu à gauche et à droite du sternum. Ce souffle, disent- n'a pas été mentionné par les auteurs.

e suis autorisé à dire que ce souffle est fort rare, car de- is longtemps je le recherche systématiquement, non lement dans la chlorose, mais chez tous les sujets dont sculte la poitrine. Je l'ai constaté, en effet, à droite, ez un malade atteint de pneumothorax simple sans uide dont j'ai publié l'observation en 1887. En 1892, dans monographie du pneumothorax, j'ai désigné le phéno- ène par le mot « bruit de rouet sous-claviculaire » et l'ai ribué à l'étranglement du tronc veineux brachio-céphalique droit. J'ai retrouvé ce même bruit, à la même place, ez un homme opéré avec succès pour un empyème du té droit. Je ne l'ai pas constaté à gauche.

Je poursuis d'ailleurs mes investigations.

Rein mobile chez les enfants. — M. Comby. Le rein flottant est généralement considéré comme une affection de âge adulte et du sexe féminin. Pour ce qui est de la prélection féminine du rein mobile, je n'ai rien à dire : mes bservations la confirment après bien d'autres. Mais, quant l'âge des sujets, je suis porté à croire qu'on a méconnu fréquence relative de l'ectopie rénale chez l'enfant. J'ai éuni, en effet, dans l'espace de quelques mois, six cas de ein mobile chez des fillettes de tout âge, depuis la naissance jusqu'à quatorze ans. Les deux plus jeunes de mes alades n'avaient pas dépassé trois mois ; chez elle l'ectopie énale fut une trouvaille d'autopsie.

L'existence de la mobilité du rein droit a été constatée hez les quatre premières malades à 5 ans, à 13 ans, à 4 ans ; ces enfants étaient dyspeptiques de longue date, on pouvait mettre en cause chez elles la dilatation de l'estomac, l'engorgement du foie, ou tout au moins le relâchement général et la ptose des viscères abdominaux en relation avec le gros ventre des nourrissons suralimentés qui prélude à la dyspepsie atonique de la seconde enfance, de l'adolescence et peut-être aussi de l'âge adulte. Deux de ces enfants se serraient la taille (une portait un corset, l'autre une ceinture). Dans ces cas, on pourrait invoquer l'étiologie banale du rein flottant, mais pour les fillettes de 33 jours et de 3 mois, hérédo-syphilitiques, chez lesquelles j'ai trouvé à l'autopsie les deux reins flottants, on est bien obligé d'admettre l'origine congénitale, intra-utérine, de la maladie.

Peut-être même, pour les cas qui nous semblent acquis et que nous attribuons si facilement aux corsets, aux ceintures, aux grossesses nombreuses, faut-il faire remonter plus haut une affection dont le début, d'ailleurs, échappe toujours et qui est très souvent latente.

La congénitalité du rein mobile a été soutenue par Litten, Gutterbock, Ewald, Albarran, et les faits que j'ai observés semblent la démontrer. Cela n'exclut pas l'action favorisante des causes traumatiques, mais la relègue au second plan. Le rein serait congénitalement mobile ; les causes traumatiques viendraient exagérer et mettre en évidence cette mobilité.

M. Mathieu. — Combien M. Comby a-t-il examiné d'enfants ?

M. Comby. — Environ 25.

M. Mathieu. — J'ai examiné systématiquement 300 femmes au point de vue du rein mobile. Le maximum de fréquence de cette affection est entre 25 et 30 ans : elle est rare entre 16 et 20 ans.

M. Guinon. — J'ai vu deux cas de rein mobile chez les enfants : un chez une fillette de 11 ans, un autre chez un petit garçon du même âge. Il s'agissait de névropathes, atteints d'entérite muco-membraneuse : c'était donc comme chez l'adulte.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 20 mai 1897.

Difformités de la face consécutives à un bouton d'Alep. — M. Broco présente un homme qui porte à la face (joues, nez) des cicatrices encore violacées de l'éruption connue sous le nom de bouton d'Alep ; çà et là il existe encore quelques ilôts de la lésion primitive. Sur la face dorsale de la main droite, l'on observe un bouton en voie d'amélioration. Sur le côté gauche de la face, les cicatrices ont amené un ectropion considérable de la paupière inférieure gauche. La lésion a été très améliorée par l'emplâtre rouge de Vidal.

M. Hallopeau croit qu'il s'agit ici plutôt d'un lupus.

M. Veillon a examiné la lésion au point de vue bactériologique et n'a trouvé qu'une variété d'actinomycose.

Récidives in situ d'accidents tropho-névrotiques dans la seconde année de la syphilis. — M. Le Pileur rapporte l'observation d'un syphilitique qui a présenté à plusieurs reprises de l'alopécie et, à l'annulaire gauche, une dépression cupuliforme de l'ongle.

M. Fournier communique un cas de lupus traité en vain par tous les moyens usuels, qui a guéri sous l'influence des injections de calomel. M. Fournier a présenté déjà deux cas semblables à la Société. S'agit-il dans ces faits de syphilis méconnue, ou bien le mercure ne serait-il pas curatif dans d'autres affections que la syphilis ?

M. Jacquet raconte à ce propos le fait d'une femme atteinte d'une ostéomyélite du fémur gauche à la suite d'un accouchement. Cette femme allait subir l'amputation de la cuisse, lorsque l'on eut l'idée de lui donner du sirop de Gibert. Elle guérit.

M. Sabouraud. Les deux cas de morve guéris l'ont été par le mercure.

M. Sabouraud présente de nouveau le chien auquel il a injecté la toxine du microbe de la calvitie ; l'alopécie produite persiste toujours.

Hérédo-syphilis ; dactylite osseuse syphilitique. — MM. Gaucher et Barbe. Le diagnostic différentiel de la dactylite osseuse syphilitique et du spina ventosa tuberculeux est des plus difficiles. L'aspect objectif des lésions est le même. Chez un enfant âgé de 15 mois, il y avait des signes manifestes d'hérédo-syphilis : éruption papuleuse cuivrée des organes génitaux ; gourme de la fesse gauche, une autre du creux poplité droit ; coryza chronique, nez un peu écrasé à la racine, front olympien ; mais il n'y avait pas la triade d'Hutchinson. Le traitement spécifique a considérablement amélioré les gommes et l'éruption des organes génitaux.

Psoriasis invétéré et acide cacodylique. — M. Danlos. Malade de 46 ans, atteint depuis l'âge de vingt ans d'un psoriasis arthropathique qui s'est peu à peu généralisé. Depuis six à huit ans, l'affection a résisté à toutes les médications (Huile de cade, acide pyrogallique, naphtol, soufre, etc.). L'iodure de potassium à la dose de 22 gr. par jour pendant

trois mois (Besnier) semble avoir guéri définitivement les arthopathies ; mais il a été absolument impuissant contre la dermatose. Au moment de l'entrée, éruption généralisée, sauf quelques ilots de réserve (aisselles, paume des mains plante des pieds, etc.) ; carapace psoriasique sur la tête, masque squameux sur la face, rougeurs, squames et lichénisation intenses sur le tronc et les membres ; poussées cutanées presque incessantes. *Sans aucune espèce de traitement externe* et sous l'influence de l'acide cacodylique à la dose quotidienne de 75 centigrammes (3 semaines) puis 50 centigrammes, la dermatose est entrée en regression. Les poussées se sont espacées en devenant moins fortes, la rougeur a pâli, les squames se sont détachées et la peau tout en restant lichénifiée a diminué d'épaisseur. Comme dans les cas déjà publiés, l'amélioration a procédé de haut en bas. Le cuir chevelu s'est dégagé le premier.

A part l'odeur alliacée de l'haleine et un peu d'intolérance gastrique à la fin de la troisième semaine, le médicament n'a pas eu d'action secondaire défavorable. (Pas de kératose, ni de pigmentation). L'amélioration ira-t-elle jusqu'à la guérison complète et celle-ci sera-t-elle de longue durée ? A ces questions il est impossible de donner une réponse ferme ; mais, de l'avis des médecins qui ont traité ce malade antérieurement, aucune médication n'avait donné sur lui, même temporairement, de tels résultats.

Vergetures syphilitiques en plaques nummulaires. — M. Danlos. Il s'agit d'un individu syphilitique depuis six ans, qui présente sur le tronc des plaques d'atrophie cutanées, en certains points presque confluentes. Au premier abord on croirait à des cicatrices chéloïdiennes à cause de la saillie ; mais celle-ci tient simplement à une distension de la peau incapable de résister à la pression intérieure. Loin d'être épaissie comme dans les chéloïdes, la peau est amincie ; aussi, dans les mouvements de flexion du tronc, voit-on se dessiner sur les surfaces malades un plissé qui fait songer à une pellicule. Aucune altération de la sensibilité. Le malade affirme que cet état a été précédé par une roséole papuleuse (syphilide papulo-squameuse ?) mais ne saurait dire si les éléments atrophiques ont succédé ensuite à des papules. L'affection est absolument stationnaire. Elle paraît résulter d'une friabilité spéciale du réseau élastique du derme, car on retrouve sur la face interne des bras des éraillures comme celles que l'on observe dans les cas de pseudo-xanthome. Aucun autre facteur étiologique que la vérole. Le malade très alcoolique a une tare nerveuse héréditaire (dissymétrie faciale, un frère aliéné).

Deux cas de syringomyélie à type Morvan. — MM. Gastou, Lesné et Dominicis présentent deux cas de syringomyélie à type Morvan. Le début de la maladie n'a pas de cause apparente chez la première malade, chez le second une chûte sur l'épaule, du côté de la lésion, semble avoir précédé les accidents. Chez l'un et l'autre sont apparues successivement de la faiblesse et des douleurs dans les membres inférieurs. Tous deux ont des panaris analgésiques. Ces panaris se sont développés sans douleur, et sont actuellement indolents. Chez la malade, des poussées bulleuses sur le membre atteint ont précédé de quelque mois le panaris.

Tous deux ont de la scoliose et de la dissociation syringomyélique prédominante dans la zône du cubital chez la femme dont le panaris siège à l'auriculaire, dans la zône du radial chez l'homme dont le pouce seul est malade.

Chez tous deux les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade a un myosis intense. Ni l'un ni l'autre n'ont habité de pays où la lèpre soit endémique, et l'examen du pus issu du panaris de la malade n'a pas montré de bacille de Hansen, mais seulement du staphylocoque. Aucune cause toxique où infectieuse de névrite n'est à relever dans leurs antécédents.

Quatrième note sur un cas de mycosis fongoïde. — MM. Hallopeau, Bureau et Weil. Dans ce cas absolument typique de cette maladie les auteurs ont constaté l'existence d'infiltrations sous-cutanées profondes : ce siège des altérations ne constitue donc pas, comme l'a pensé Kaposi, un signe différentiel entre le mycosis et la lymphodermie pernicieuse. Comme particularités remarquables dans l'histoire de leurs malades, les auteurs signalent encore l'existence d'altérations tout-à-fait semblables à celles du psoriasis palmaire. A l'autopsie, on a trouvé dans l'un des reins une petite tumeur dont l'examen histologique a déterminé la nature mycosique ; c'est le second fait dans lequel on observe cette localisation viscérale.

Sur un cas très probable de lèpre bretonne. — M. Hallopeau. Il s'agit d'une jeune femme qui, depuis trois ans, est atteinte de poussées érythémateuses sous la forme de très larges nappes qui laissent à leur suite des pigmentatisns persistantes : elle présente actuellement plusieurs de ces larges placards pigmentés en même temps que des éruptions érythémateuses récentes : celles-ci sont constitués par taches irrégulièrement annulaires, laissant ou non à leur suite des pigmentations. Malgré l'absence d'anesthésie, l'auteur croit à une lèpre indigène, car il est reconnu que ce symptôme peut y faire défaut : si le diagnostic de lèpre était éloigné, il faudrait admettre un type morbide non encore décrit ; l'origine bretonne de la malade est encore en faveur de la première hypothèse.

Lymphangiectasie dermique spontanée de la face — MM. Balzer et Griffon montrent la photographie d'une femme qui, depuis l'âge de 24 ans, est atteinte de varices lymphatiques du derme dans la région du menton et présente depuis quelque temps des lésions analogues au front.

Les vésicules résultant de la dilatation des réseaux s'affaissent sous le doigt ou par le tiraillement de la peau. Disposées en chapelet, elles descendent de chaque côté de la commissure buccale et donnent à la saillie du menton un aspect mamelonné. Au front elles deviennent plus apparentes quand la malade fronce les sourcils ou ramène avec les mains la peau du crâne en avant.

On ne trouve aucune affection, ni antérieure, ni actuelle, qui fasse de ces varices une lésion secondaire ou symptomatique.

Il n'y a pas, en particulier, d'adénite sous-maxillaire. Comme souvent, il y a dans la lésion un certain degré de symétrie. Enfin la coexistence de varices veineuses internes des membres inférieurs est évidente.

Cette localisation à la face de l'ectasie lymphatique est très rarement observée.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mai 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Frémont, qui ne peut assister à la séance, envoie la note explicative suivante :

Le bacille de la tuberculose meurt par dessication. Les crachats des poitrinaires sont excessivement dangereux parce qu'il y a un moment peut-être long, où ils ne sont pas adhérents et sont entraînés avec la poussière dans les voies respiratoires, sans que la dessication soit suffisante pour faire cesser leur virulence. Mais l'idée de la dessication semblerait devoir faire admettre que l'appartement qui a été habité par un tuberculeux doit être aussi bien désinfecté que possible, puis ouvert largement, pendant longtemps, pour que l'air et le soleil déterminent la mort des bacilles par dessication. »

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *Note sur un cas de fracture du péroné*, par M. Ozenne. *Eréthisme veineux douloureux*, par M. Censier. *Bulletin de la Société française de tempérance.*

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Censier, Frémont et Grasset, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Mourão Pitta remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger. — Lettre de M. le Dr Prosper Graciette, bibliothécaire de la faculté de médecine de l'Université de Toulouse, demandant à la Société de continuer l'envoi des bulletins de la société. — Lettre de M. le secrétaire général de l'*Association française pour l'avancement des Sciences* demandant à la Société d'envoyer un délégué au prochain Congrès qui se tiendra à Saint-Etienne au mois d'août.

M. Bouloumié. Messieurs, je suis au regret de marquer le début de chaque séance par l'annonce d'un deuil intime, mais je crois être l'interprète des sentiments de la Société en adressant nos condoléances à notre collègue et secrétaire, M. Brossard, à l'occasion du nouveau décès qui vient de se produire dans sa famille.

Je dois également vous informer que nous avons reçu du Conseil général des Sociétés d'arrondissements une lettre demandant à la Société de participer au service célébré à la Madeleine pour les victimes du Bazar de la Charité. Le temps manquant pour réunir le Bureau et le Conseil d'administration, le président et le secrétaire général ont pris l'initiative d'accepter la proposition et de consentir à une cotisation égale à la moyenne de celles des autres Sociétés, sans toutefois que la somme puisse dépasser cent francs. C'est effectivement cette somme qui représente la moyenne des cotisations, et que notre secrétaire général a versée entre les mains des organisateurs. (*Approbation générale.*)

Messieurs j'ai encore une autre communication à vous faire. M. Ladreit de La Charrière vient de m'annoncer que bientôt aurait lieu l'inauguration du monument de Duchenne de Boulogne pour lequel la Société a souscrit, il y a deux ou trois ans, et me prie de vous proposer de faire représenter la Société à cette inauguration. Le représentant qui nous semble le mieux indiqué, c'est notre collègue M. Motet, dont le discours prononcé à la séance du centenaire est encore dans toutes nos mémoires. Je demande donc votre assentiment et sur la représentation de la Société, et sur le choix du représentant, à moins toutefois de refus de la part de ce dernier. (*Approbation générale.*)

Enfin je demande à la Société de lui présenter une brochure intitulée : « *Les maladies évitables, moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation* ». Le titre est bien prétentieux, pour un livre qui n'a rien d'essentiellement scientifique, et qui ne renferme que les moyens pratiques d'observer les mesures prophylactiques. Mais je me hâte de vous dire que ce n'est pas moi qui ai choisi le titre ; il a été décidé par la société de Médecine publique et d'hygiène qui, ayant reçu d'une famille éprouvée par les maladies contagieuses une certaine somme pour l'étude des mesures pratiques de prophylaxie, a mis au concours cet ouvrage, en en précisant le titre. La société de Médecine publique et d'hygiène a reçu de nombreux manuscrits; mais comme ils ne répondaient pas complètement aux vues que l'on s'était proposées, la Société m'a chargé de rédiger ce mémoire, et c'est ce modeste travail que je vous offre aujourd'hui.

M. Jullien. Au nom de MM. Vignes et Batuaud, j'ai l'honneur de présenter à la Société un travail intitulé : *Irido-choroïdite d'origine utérine.*

Ce travail est basé sur une observation relative à une malade qui subit du côté de l'œil gauche d'abord, puis du côté de l'œil droit, une série de poussées d'irido-choroïdite au moment des règles. Le traitement ophtalmologique est impuissant à arrêter l'évolution de la maladie. L'acuité visuelle est tombée à 0,02 du côté de l'œil droit, le moins atteint et le dernier touché.

L'examen gynécologique ayant démontré qu'il existe une endométrite glandulaire chronique à staphylocoques, on songe à rattacher l'affection oculaire à l'infection utérine. Le curettage utérin est pratiqué, l'acuité visuelle monte progressivement à 0,6 et les corps flottants dans les milieux oculaires diminuent notablement de nombre.

L'amélioration se maintient encore, six mois après l'intervention utérine.

Les auteurs croient pouvoir formuler logiquement les conclusions suivantes :

1° En présence d'une affection oculaire à poussées menstruelles, il y a lieu de procéder à un examen gynécologique, alors même que la malade n'accuse pas de symptômes bien nets du côté de l'appareil utéro-ovarien ;

2° S'il existe une endométrite infectieuse, cette dernière, fût-elle presque latente, peut être la cause des accidents observés du côté de l'œil ;

3° Cette observation démontre, en particulier, qu'une endométrite chronique à staphylocoques peut donner naissance à une irido-choroïdite plastique ;

4° La désinfection de l'utérus, que le curettage surtout permet d'obtenir aussi complète que possible, peut, dans ce cas, amener une amélioration très notable et persistante de l'irido-choroïdite, alors que le traitement ophtalmologique n'a pu arrêter l'évolution de l'affection oculaire.

Je demanderai à notre collègue M. Millée s'il a observé des faits semblables et s'ils se présentent fréquemment dans la pratique.

M. Millée. Je remercie notre distingué secrétaire général d'avoir bien voulu m'inviter à prendre la parole au sujet de la communication qu'il vient de vous lire; j'aurais cependant préféré qu'une voix plus autorisée que la mienne se soit trouvée là pour nous traduire les idées des « ophthalmologistes » sur cette question et sur d'autres analo-

gues, car ce n'est point un fait isolé dont vous venez d'entendre la lecture : il s'agit là en effet, d'une des formes nombreuses d'auto-infections que j'appellerai « migratrices » qui sont actuellement à l'ordre du jour.

C'est l'un de nos collègues, mon maître et ami le Dr Trousseau, si j'ai bonne mémoire, qui, le premier, a parlé des relations de cause à effet entre l'œil et l'utérus en publiant une observation d'iritis cataméniale à l'occasion de laquelle il cherchait à montrer l'origine infectieuse de la maladie et le point de départ de l'infection.

Depuis cette observation les cas se sont multipliés et il est peu d'ophthalmologistes en contact avec un certain nombre de malades qui n'aient observé plusieurs cas d'affections analogues. Pour mon compte je soigne actuellement deux malades dont l'une est pour ainsi dire une copie de l'observation que vous avez entendue, et l'autre présente une irido-choroïdite avec poussées aiguës au moment des règles.

Mais il n'y a pas que l'utérus qui soit l'origine de ces auto-infections auxquelles je faisais allusion tout à l'heure : tous les organes peuvent être le point de départ d'une migration microbienne ou localisation oculaire.

Tout récemment, à la Société française d'ophthalmologie, le professeur Panas lisait un rapport très documenté sur *le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires*, rapport dans lequel toutes les causes d'auto-infection sont passées en revue, bien qu'il n'y soit point spécialement parlé d'irido-choroïdite, comme dans celle dont il nous a été rapporté une observation. J'ai encore observé ces formes d'affections oculaires chez des dyspeptiques, des constipés, des urinaires, mais je le répète, beaucoup de mes confrères ont dû observer de pareils exemples.

M. Ladreit de La Charrière. Cette observation me semble très intéressante, parce qu'elle concorde avec des faits analogues du côté d'autres organes. Nous avons en effet fréquemment des troubles auriculaires, notamment du côté du labyrinthe, en rapport avec des lésions éloignées telles que des lésions utérines. Ces troubles sont assurément curables, mais, bien que les accidents spéciaux que nous mentionnons aient une relation indéniable avec la lésion éloignée primitive, nous n'avons pas vu qu'il y ait une concordance quelconque entre la guérison de l'une et celle de l'autre.

M. Jullien. Je demanderai à M. Millée si, dans ces cas, il y a transport virulent, microbes ou toxines, ou simplement une action réflexe.

M. Millée. Je répondrai à M. Jullien qu'il ne s'agit pas ici d'affections réflexes, il existe bien en effet des amblyopies ou d'autres affections qui ont une semblable origine, mais, dans ces dernières, on ne constate pas de lésions matérielles comme dans les iritis ou les choroïdites, etc.

M. Dubuc. Cette idée de migration microbienne ne nous paraît pas absolument certaine. Il y a des diathèses, telles que la goutte et le rhumatisme, qui engendrent des troubles oculaires, et pour ces lésions il est certainement plus logique d'admettre une simple résorption de toxines, plutôt qu'un transport de microbes.

M. Millée. J'estime comme M. Dubuc que les dyscrasies comme celles dont il vient de parler, sont très susceptibles de provoquer des auto-infections avec retentissement sur l'organe de la vision, cela a été signalé également. D'autre part, sont-ce les microbes ou les toxines qui sont les agents de l'infection? Ma compétence très limitée en bactériologie ne me permet pas de discuter cette question avec autorité; je pense cependant, que dans certains cas ce sont les microbes, et dans d'autres les toxines.

M. Jullien. Si j'ai posé cette question à M. Millée, c'est que, bien souvent, nous observons l'influence étonnante des réflexes partis des organes génitaux, et ce, sans qu'il puisse être question d'une absoption quelconque. Voici un rétréci de l'urèthre que je soignais, il y a deux ans, pour des troubles nerveux que je fus tenté d'attribuer à la syphilis. C'était un homme d'affaires qui avait perdu toute sûreté de discussion; plus de réplique, plus d'argumentation serrée, il n'osait plus se hasarder à soutenir les intérêts de ses clients. Entre temps je lui découvre un rétrécissement, je le traite et le guéris, et, mieux que tous les phosphates, cette restauration du calibre uréthral, lui rend en peu de jours toutes ses facultés évanouies. Je comprends à merveille qu'une localisation du réflexe eût pu se faire sur les centres oculaires. C'est là une des mille faces de cette question restée si longtemps à notre ordre du jour de l'influence des interventions en gynécologie sur l'apparition ou la disparition des troubles nerveux.

M. Milliéé. A propos de la guérison obtenue, je dirai seulement que je ne crois pas qu'on puisse obtenir une guérison complète dans les choroïdites qui laissent, le plus souvent, à leur suite des plaques atrophiques. Dans ce cas, le fond de l'œil ressemble à des plaques photographiques voilées sur lesquelles les images ne s'impriment plus. Lorsque ces taches ne se trouvent pas sur la zône qui correspond à la vision centrale, l'acuité visuelle peut être ramenée à ce qu'elle était avant le début de l'affection, après que les phénomènes accessoires, comme l'hyalitis, par exemple, qui accompagnaient celle-ci, ont disparu.

Des inconvénients de la strychine dans certains cas de parésie vésicale. — M. Guépin. *Sera publié.*

M. Dubuc est d'avis que la strychine a de réels inconvénients, et il ne s'explique pas qu'on ait l'idée d'employer la strychine chez les vieillards à cause des lésions de la vessie.

M. Vigier. L'observation rapportée par M. Guépin me semble présenter quelques lacunes. Il n'est pas question de doses. En supposant qu'on ait employé des granules d'arséniate de strychine à un milligramme, il est bien sur prenant qu'un seul granule ait déterminé des accidents, et surtout des accidents urinaires.

Tout le monde sait que l'élimination de la strychnine est très lente; un homme qui prend un milligramme de strychnine par jour, ne tarde pas à en avoir accumulé un centigramme dans son économie. Pour nous, nous avons vu dans le service de Bouillaud, des malades absorber de hautes doses de strychnine sans avoir jamais d'accident urinaires. Nous avons, entre autres, le souvenir d'un malade qui a absorbé un centigramme de sulfate de strychnine par jour au bout de huit jours il a eu des accidents tétaniques, mais il n'a pas présenté d'accidents urinaires. Et vous prétendez en trouver avec un milligramme d'arséniate de strychnine pris une seule fois? Il nous semble que cet exemple ne suffit pas pour prouver l'influence de la strychnine sur la production des rétentions.

M. Dubuc. Le cas rapporté par M. Vigier me rappelle celui d'un enfant atteint de chorée et que l'on traitait avec du sirop de Trousseau à base de strychnine; cet enfant n'a pas

dé à présenter des accidents tétaniques, ce qui prouve ccumulation du poison par suite de son élimination ite.

M. Guépin. Je partage l'avis de M. Dubuc, quant aux pros- iques, et je crois que chez ces malades il faut s'abstenir la strychnine. Il n'existe pas, en effet, d'observation ouvant l'efficacité de la strychnine, et même dans cer- ns cas de stagnation d'urine, la strychnine a déterminé rétention.

Je répondrai à M. Vigier que mon travail n'a pas la pré- ntion de prouver la mauvaise influence de la strychnine, ais je rapporte un fait qui, concordant avec beaucoup utres passés ou à venir, contribuera à constituer un en- mble capable de détruire les préjugés créés par tous les quels de thérapeutique que nous avons entre les mains, qui préconisent la strychnine en cas de rétention.

Pour le cas que j'ai rapporté, j'admets parfaitement que dose n'est peut-être pas suffisante pour constituer une euve, mais elle peut avoir cependant déterminé les acci- nts, en exagérant une irritation prostatique existant éjà, à moins que le fait ne s'explique par une idiosyn- asie.

M. Bouloumié reconnaît qu'il a parfois donné de la stry- nine dans des rétentions d'urine, sur la foi des livres et s manuels, mais il en a reconnu tous les mauvais effets a remarqué que ces effets portent plutôt sur le col que r le corps de la vessie. Aussi est-il d'avis qu'il faut sur- ut s'abstenir de la strychnine chez les urinaires, car chez s malades elle peut présenter plus de dangers en raison e la plus grande irritabilité du col et de la prostate.

Radiation. — M. Jullien, secrétaire général, donne lec- ure d'un rapport du Conseil d'administration relatif à un embre correspondant de la Société. Les conclusions de e rapport, qui tendent à l'exclusion sont, par un vote au crutin secret, adoptés à l'unanimité.

En conséquence, le membre correspondant visé par le apport est exclu de la Société.

Rapport sur la candidature du Dr Buret au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris. — M. Henry Morac. A l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de notre Société, le Dr Buret vous a lu à une de nos dernières séances un travail « sur la méde- ine à Rome avant l'ère Chrétienne » et nous a fait parve- nir une série d'opuscules sur la syphilis à Ninive et à Baby- one; sur la syphilis à Herculanum et à Pompéi; sur la même affection à l'époque féodale et enfin sur la soi-disant origine américaine de cette affection.

Tous ces travaux attestent une profonde et vaste érudi- tion de l'antiquité et rendent d'autan plus ardue la tâche que vous avez bien voulu me confier. Mais avant d'abor- der l'analyse de ces recherches, permettez-moi de vous donner tout d'abord l'impression générale que j'ai éprouvée à la lecture de ces attachantes monographies. Outre l'éru- dition littéraire, notre distingué confrère nous est un remarquable exemple d'une érudition scientifique médi- cale considérable. Il n'est pas aisé, en effet, sur de simples textes, ou d'après des monuments plus ou moins altérés, d'établir un diagnostic rétrospectif. Eh! bien, messieurs, malgré les difficultés inhérentes à ce genre de gymnas- tique cérébrale, en lisant attentivement les ouvrages du Dr Buret, nous trouvons un tel enchaînement dans les ar- guments, une telle logique, disons le mot, presque une observation prise au lit du malade, que, malgré notre es- prit préconçu, nous sommes obligés de nous ranger à son opinion. Je ne saurais mieux faire que de vous engager à lire son ouvrage sur *La Syphilis chez les Anciens*. Dans un premier opuscule datant de 1892, *La syphilis chez les anciens Assyro-Chaldéens*, le Dr Buret nous montre, preu- ves en mains, par des documents dont la liste serait trop longue à vous énumérer, que l'*Uxetur* des anciens Egyp- tiens n'est autre chose que la syphilis, car la déesse *Uchat* où le son hyéroglyphique *Axat* répond bien à celui d'Eabani de la légende Assyrienne, la dangereuse *Uxat*.

Poursuivant son étude dans la même voie, le Dr Buret nous montre ensuite, d'après des inscriptions découvertes à Herculanum et à Pompéi, que dans ces villes, au mo- ment même de leur destruction par les cendres du Vésuve, la syphilis régnait en maîtresse, voire même dans les Lupanars. A cette époque, comme le fait justement remar- quer notre confrère, le client, trompé sur la qualité de la marchandise, ne craignait pas, n'étant pas gêné par les lois, de graver sur les pierres de l'édifice en question : que la plus belle femme de l'établissement *avait la maladie capable d'engendrer les ulcères rongeurs*.

En pourrions-nous faire autant de nos jours?

Dans sa monographie sur la syphilis à l'époque féodale, le Dr Buret nous montre, avec une série d'arguments cli- niques de la plus haute valeur, que les différentes dénomi- nations de *maladie inguinale*, *feu sacre*, *mal des ardents*, *mal de feu*, *mal sacré*, etc., etc., ne sont que des synonymes d'une même entité morbide, *la syphilis*.

C'est un chapitre on ne peut plus intéressant de l'histoire de la médecine.

Dans sa brochure sur l'origine américaine de la syphilis, le Dr Buret nous donne, je crois, pour ma part, la véritable origine de cette affection. Elle a existé à coup sûr partout où se trouvaient des groupes humains suffisants pour cons- tituer un peuple. Si donc le mal vénérien existait en Eu- rope, en Asie et en Afrique, il n'est pas douteux qu'il n'en était pas moins florissant en Amérique. La preuve en est dans les débris crâniens que nous possédons au musée d'anthropologie de Paris et qui remontent bien au delà de la venue de Christophe Colomb sur le nouveau continent, et sur les pariétaux desquels nous avons constaté avec le regretté maître Broca, alors que nous débutions dans la carrière, d'énormes masses d'ostéite syphilitique. Le Dr Bu- ret a eu le grand mérite d'établir ce fait d'après de simples données cliniques.

Enfin, Messieurs, j'arrive au travail de candidature de notre confrère « *La médecine à Rome avant l'ère chrétienne* ». Vous avez tous écouté sa lecture avec trop d'intérêt pour qu'il me soit nécessaire de vous en faire une analyse. Cependant qu'il me soit permis de faire quelques objec- tions à notre érudit confrère.

Si Pline l'Ancien nous apprend que pendant près de 600 ans, le peuple romain fut sans médecins, il ajoute « *nec tamen sine medicina* ». Assurément les premiers médecins furent *grecs*; mais furent-ils seulement grecs? Là s'élève une grosse question. En effet, nous savons que longtemps avant les Grecs, les Egyptiens possédaient nombre de se- crets sur l'art de guérir. N'en avons-nous pas des preuves dans l'instrumentation chirurgicale de ces époques que nous trouvons constituée par des métaux aseptiques par eux-mêmes ou par les oxydes qu'ils forment. Pour ma part, j'ai pu observer des instruments indo-chinois, il est vrai, — remontant bien au-delà de ces époques — et formés

uniquement de cuivre rouge : l'un de ces instruments était même le couteau à cataracte de de Graëf et l'autre un spéculum presque identique à celui de Cusco.

Les premiers Romains ne manquaient donc pas de médecins. Ils étaient sans doute peu nombreux, ainsi que nous le dit Denys d'Halicarnasse, puisqu'ils ne purent soigner tous les malades lors de l'épidémie terrible de peste qui régna à cette époque. Mais, s'ils n'étaient pas Romains d'origine, ils n'en étaient pas moins des médecins, c'est-à-dire des détenteurs de certains secrets curatifs. Or, à cette époque, — comme de nos jours d'ailleurs — peu importait l'origine et les moyens du thérapeute, si le résultat voulu était obtenu.

Assurément, je dirai avec mon confrère, qu'aux premiers jours de l'époque romaine le rôle des médecins a du être très borné. Les compagnons de Romulus, pas plus que nos vigoureux paysans modernes, n'avaient besoin des lumières de la Faculté : — tombés ils meurent — ils ne se relèvent plus. Mais toute autre chose devient la médecine chez les Romains civilisés, je dirai presque chez les Romains déchus !

Sans parler des dyspepsies, auxquelles le *vomitorium* obligatoire dans toute grande maison romaine condamnait ses habitants, j'eusse été heureux de voir notre érudit confrère nous découvrir dans les textes les moyens opposés par nos collègues d'alors à ces flatulences désagréables.

Les excès génitaux deviennent la source de nombreuses maladies que notre confrère nous montre dans la première société romaine. Il insiste d'une façon particulière sur la péderastie habituelle, courante et avouée à cette époque. Assurément je ne voudrais pas m'élever contre l'érudition de notre confrère, mais qu'il me permette cependant de lui faire remarquer que, même à cette époque, la sodomie n'était pas seule en usage chez les débauchés romains. Les courtisanes étaient belles, nombreuses et fort courues, à telle enseigne que *l'avortement* était une chose presque classique, repoussée cependant par les amants au cœur sensible, ainsi que nous le montre Ovide (XIVe Elégie du *Traité des Amours*) qui reproche ce crime à sa maîtresse Corrine.

« Quoi, dit-il, de peur que les rides de ton ventre ne t'accusent, il faudra porter le ravage sur le triste champ où tu livras le combat ! Femmes, pourquoi portez vous dans vos entrailles des engins homicides? Les tigresses ne sont pas si cruelles dans les antres de l'Hircanie, et jamais la lionne n'osa se faire avorter ; et ce sont de faibles et tendres beautés qui commettent ce crime, non pas toutefois impunément. Souvent celle qui étouffe son enfant dans son sein périt elle-même; et, quand on emporte son cadavre encore tout échevelé, les spectateurs s'écrient : « Elle a bien mérité son sort ! »

Ces objurgations d'Ovide, Messieurs, ne sont-elles pas toute d'actualité? Je n'insiste pas. A la même époque Ovide lui-même se tait sur l'usage des mignons.

D'autre part Catulle, aussi bien que Tibulle se montrent aussi attachés à leurs mignons qu'à leurs maîtresses :

« Je te recommande mes amours, dit Catulle dans sa poésie XV à Aurelius — toi qui es redoutable à tous les adolescents beaux ou laids. — Satisfais ta passion quand et comme il te plaira, dans toutes les ruelles ou tu trouveras un mignon de bonne volonté. Je n'en excepte que le mien seul ; mais si ta fureur lubrique s'attaque à lui, malheur à toi ! Puisses-tu, les mains liées, publiquement exposé, subir l'affreux supplice que le raifort et les mulets font souffrir à l'adultère ».

Et plus loin Tibulle, dans l'élégie IV, livre Ier donne des leçons aux amants des jeunes garçons.

« Prête-toi à toutes les fantaisies de l'objet que tu aimes. Pour l'accompagner, ne crains ni la fatigue, ni la route, ni le chaud, ni le froid, ni les intempéries.

« Veut-il s'exercer à l'escrime, badine d'une main légère et souvent laisse ton flanc découvert, alors tu pourras essayer de lui ravir un baiser qu'il laissera prendre en résistant, etc. »

A cette même époque, l'austère Juvenal lui-même, dans sa satire VI contre les femmes, conseille de prendre un mignon plutôt qu'une épouse.

« Le lit conjugal a été souillé dès l'âge d'argent, et tu te laisses, Posthume, atteler au joug. S'il te déplaît de quitter ce monde, pourquoi ne préfères-tu pas à une fiancée cet adolescent qui dort près de toi ? Lui au moins ne profitera pas, la nuit, de votre intimité pour te tourmenter, pour te demander des cadeaux ».

Vous le voyez Messieurs, on connaissait déjà l'usage des petits cadeaux !

Dans ce conseil, s'il n'y a qu'une simple boutade poétique, ainsi que le veulent certains commentateurs de Juvenal, il n'en est pas moins vrai qu'il reflète en quelque sorte l'*état d'ame* de l'époque ou la *Philopédie* était courante et acceptée.

Avec de semblables mœurs on comprend que sous l'influence des excitations génitales multiples, des excès répétés, le système nerveux de ces débauchés devait offrir un beau champ d'observation au clinicien neuropathologiste. La neurasthénie, à cette époque, a certainement dûe être connue et, poussée même à l'extrême, arriver jusqu'à l'hystérie, à la folie érotique. C'est un point que notre distingué confrère a laissé dans l'ombre. Je le regrette, car il nous eut assurément donné à ce sujet d'amples renseignements.

Ne trouve-t-on pas, en effet, dans Ovide même, dans le livre III de son Art d'aimer, des détails qui, pour révoltants qu'ils puissent nous paraître, n'en sont pas moins les indices de cette lubricité nerveuse, pathologique.

« J'aime, dit-il, à assister à votre toilette, à voir vos cheveux dénoués sur vos blanches épaules. Mais je ne puis souffrir que vous déchiriez avec vos ongles le visage de votre femme de chambre, ou que vous lui meurtrissiez le bras et qu'elle mouille votre chevelure de ses pleurs et de son sang ».

Comme corollaire de cette citation nous savons qu'il existe au musée de Naples des sortes de pinces qui servaient aux dames romaines pour stimuler ou punir leurs esclaves ; très acérées, ces pinces déchiraient la chair et faisaient couler le sang.

Nous n'insistons pas davantage.

Un des points on ne peut plus curieux du travail de notre confrère est celui qui a trait à cette hygiène spéciale dans les temples situés à l'origine même des sources thermales. La pratique religieuse aidant, nous voyons, avec notre confrère, que dès cette époque lointaine, la *suggestion* et les *stations thermales* étaient inventées — aussi dirons-nous avec lui : *Nil sub sole novum*.

Dès cette époque même, notre savant candidat nous apprend que les spécialités et les spécialistes étaient connus. Archagatus, le guérisseur des plaies (vulnerarius)

'était-il pas réputé le grand chirurgien de l'époque? si rand même, nous dit notre confrère que la *Vox populi* le aptisa du nom de Carnifex. — Vous voyez, messieurs, u'une fois encore, l'auteur des *Morticoles* n'a été qu'un itoyable plagiaire.

Voilà, messieurs, les quelques réflexions que m'ont sug-érées la lecture des travaux du Dr Buret. Comme moi vous es apprécierez et comme moi vous voterez, j'en suis sûr. Notre Société comptera un médecin et un grand érudit de plus.

Election. — A l'unanimité, M. Buret est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

BROSSARD.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DE PARIS

Séance de Février et Mars. — Présidence du Dr THOMINET.

De l'inutilité des crachoirs dans les écoles. — M. PAUL RICHARD fait sur cette question une communication dont voici le résumé :

Au moment où il est question de munir toutes les écoles de Paris de crachoirs, il est opportun que les médecins inspecteurs donnent leur avis à une administration qui est sur le point de grever son budget sérieusement et de lui éviter ainsi une dépense sans utilité pratique.

Les crachoirs sont inutiles par cette raison bien simple, que les enfants ne crachent guère, excepté dans leurs mains pour les nettoyer lorsque le médecin inspecteur entre dans la classe, ou sur leur ardoise pour en effacer les lignes qu'ils y ont tracées. Dans ces circonstances comme dans beaucoup d'autres une bonne discipline suffit.

Dans les maladies aiguës du poumon, bronchite, phtisie aiguë, l'enfant ne crache pas parce qu'il ne sait pas cracher. Dans la phtisie chronique qui entraîne chez l'adulte et le vieillard une expectoration abondante, l'élève se trouve dans un tel état de consomption que sa présence à l'école n'est pas tolérée.

D'ailleurs cette dernière affection atteint rarement l'enfant avant sa quinzième année. On en peut dire autant de la bronchite chronique, de l'emphysème, de la dilatation des bronches. Ces dernières affections se rencontrent de même exceptionnellement dans l'enfance. Chez nos écoliers, on observe surtout les manifestations de la scrofulo-tuberculose avec ses suppurations ganglionnaires ou osseuses, mal de Pott, etc. Dans les stomatites graves, l'enfant bave plutôt qu'il ne crache.

Reste la coqueluche, affection qui, en effet, à la fin des crises, amène parfois une expectoration abondante mêlée de matières vomies. Mais la coqueluche a des caractères tellement tranchés qu'un enfant atteint de cette maladie serait immédiatement signalé à l'attention de son maître, fût-ce par ses camarades.

Il n'y a pas lieu d'insister sur cette énumération que l'on pourrait multiplier. La vérité est que l'enfant malade ne crache pas et que bien portant il ne crachera que si on lui fournit un crachoir avec la manière de s'en servir.

Il faut aborder franchement ce qui a trait aux maîtres tuberculeux. Il y a là un devoir pénible à remplir, mais le médecin chargé de veiller à la santé des élèves ne saurait hésiter.

Il n'est pas possible d'admettre qu'un maître atteint de tuberculose pulmonaire puisse rester au milieu de ses élèves. Le médecin inspecteur avec tous les ménagements possibles doit prévenir d'abord l'intéressé. Se fondant sur des mesures médicales propres à le toucher personnellement, lui montrant combien l'exercice de sa pénible profession peut aggraver son état, il doit l'engager à demander un congé, à quitter la classe, à se reposer en un mot. Mais si, malgré son insistance, il ne réussit pas à le convaincre, le devoir du médecin inspecteur est ici absolu et implacable, il doit prévenir l'autorité et dégager ainsi sa responsabilité.

Le crachoir dans la poche, destiné à recueillir l'expectoration du malade, est une mesure illusoire et dérisoire, bonne tout au plus à exciter chez les élèves une profonde hilarité et à troubler la classe.

C'est à l'administration scolaire à prendre ses précautions budgétaires pour que le verdict nécessaire du médecin soit atténué par des avantages pécuniaires, tels que : retraite prématurée, disponibilité avec demi-solde, indemnité pour frais et maladie, etc.; mais des difficultés administratives ne sauraient empêcher le médecin de faire son devoir et tout son devoir.

Revaccinations dans les écoles communales du 7e arrondissement pendant l'année 1896, par M. le Dr TOLEDANO. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte du résultat des revaccinations que j'ai pratiquées, pendant l'année 1896 avec le concours de MM. Saint-Yves-Ménard et Chambon, dans les écoles communales du 7e arrondissement.

Je n'ai pas à vous parler du procédé opératoire qui est toujours le même, ni de la nature du vaccin qui était pris directement sur la génisse, ni enfin des soins antiseptiques ou plutôt aseptiques préliminaires. Tout s'est passé dans les mêmes conditions que les années précédentes.

Le nombre total des enfants revaccinés a été de 305, se décomposant en 147 filles et 158 garçons.

Nous avons obtenu 18 succès complets, 40 vaccines modifiées et 247 insuccès, soit 5,90 p. 100 de succès; 13,11 p. 100 de vaccines modifiées et 80,98 p. 100 d'insuccès.

Ces résultats diffèrent sensiblement de ceux que nous avons constatés en 1895 et se rapprochent davantage de ceux que nous avons signalés en 1894. En effet, en 1895, le pourcentage des succès a été de 10,27, tandis qu'en 1894 il n'a été que de 6,67, chiffre se rapprochant légèrement de celui de 5,90 obtenu en 1896.

Le tableau ci-joint indique les résultats par âge et par sexe:

Age	Nombre des revaccinations	Nombre des succès	Nombre des vaccins modifiées	Nombre des insuccès	Pourcentage insuccès	Pourcentage vaccins modifiées	Pourcentage insuccès
Filles :							
de 6 à 10 ans.	19	2	3	14	10.52	15.78	73.68
de 10 à 12 ans.	65	4	3	52	6.15	19.84	81.25
de 12 à 16 ans.	63	4	3	56	6.35	4.76	88.88
Total.....	147	10	15	122	6.80	10.25	82.99
Garçons :							
de 6 à 10 ans.	28	2	1	25	7.14	3.57	89.28
de 10 à 12 ans.	76	3	13	60	3.95	16.84	78.93
de 12 à 16 ans.	54	3	11	40	5.55	20.37	74.13
Total....	158	8	25	125	5.06	15.82	79.11

Filles et garçons réunies:							
de 6 à 10 ans.	47	4	4	39	8.50	8.50	82.98
de 10 à 12 ans.	141	7	22	112	4.96	15.60	79.43
de 12 à 16 ans.	117	7	14	96	5.98	11.88	82.05
Total général.	305	18	40	247	5.90	13.11	80.98

L'examen attentif de ce tableau nous montre un premier fait, à savoir, la prépondérance des succès des filles sur ceux des garçons, que ce soit de 6 à 10 ans, de 10 à 12 ou de 12 à 16 ans. Ce résultat est le même que celui que nous avons constaté les années précédentes. Nous n'insisterons pas.

Un autre fait non moins intéressant et, qui paraît paradoxal, c'est le grand nombre de succès chez les enfants de 6 à 10 ans par rapport aux enfants qui dépassent l'âge de 10 ans. Ce fait s'observe aussi bien chez les filles que chez les garçons. Je n'essayerai pas de l'expliquer ; je me contente de le signaler comme les années précédentes. Ainsi, nous avons, chez les filles 10,52 p. 100 de succès de 6 à 10 ans ; 6,15 p. 100 de 10 à 12 ans, et 6,35 p. 100 de 12 à 16 ans. Chez les garçons, nous trouverons 7,14 p. 100 de succès de 6 à 10 ans ; 3,95 p. 100 de 10 à 12 ans, et 5,55 p. 100 de 12 à 16 ans.

Le nombre des vaccines modifiées n'a guère varié depuis trois ans. Il a été de 13,05 p. 100 en 1894, de 13,69 p. 100 en 1895 et de 13,11 p. 100 en 1896. A l'inverse des cas de succès, ceux des vaccines modifiées sont plus élevés chez les garçons que chez les filles. En effet, en 1894, nous trouvons 7,64 p. 100 chez celles-ci et 17,86 p. 100 chez les premiers ; en 1895, 12,34 p. 100 chez les unes et 14,93 p. 100 chez les autres; enfin, en 1896, 10,25 p. 100 chez les filles et 15,82 p. 100 chez les garçons.

En outre, tous les enfants ayant présenté le huitième jour des pustules de vaccine modifiée, ont été examinés au bout de deux mois. Sur deux d'entre eux, j'ai trouvé des cicatrices exactement semblables à celle de la vraie vaccine. Il est donc indispensable, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de fausse vaccine, d'examiner plus tard la cicatrice qu'elle a produite.

J'ajouterai que sur les 18 succès complets et les 40 vaccines modifiées dont nous parlons plus haut, tous les enfants, à l'exception d'un seul, avaient eu un résultat négatif dans les revaccinations antérieures. Cet élève, âgé actuellement de 10 ans, revacciné avec succès en 1894, revacciné en 1895 avec un résultat négatif, a obtenu une vaccine modifiée en 1896.

En résumé, le nombre des succès des revaccinations dans les écoles tend à diminuer depuis que l'on pratique régulièrement cette opération dans les établissements scolaires de la ville de Paris. Mais il est à remarquer que le chiffre des succès est au moins aussi élevé il est souvent plus élevé chez les enfants âgés de 6 à 10 ans que chez ceux qui dépassent la dixième année. J'insiste donc à nouveau auprès de mes confrères sur la nécessité de procéder à la revaccination à partir de six ans.

Une circonstance fortuite a permis de vérifier la virulence du vaccin employé. Un enfant âgé de quelques mois a été amené par sa mère pour subir l'opération de la vaccine. Cet enfant, examiné le huitième jour, a présenté à chaque point d'inoculation une pustule et deux pustules supplémentaires d'inoculation accidentelle.

Le secrétaire général : Dr Paul Richard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — M. Reboul envoie deux observations d'ostéomyélite à évolution très rapide du maxillaire inférieur. Le séquestre était considérable et la réparation néanmoins se fit avec grande rapidité.

Redressement brusque du mal de Pott. — Présentation de la pièce par M. Brun de la part de M. Sivel (de Brest). La malade est morte de broncho-pneumonie au bout de six semaines.

Traitement conservateur appliqué à la coxalgie. — M. Kirmisson. Il y a quelque temps M. Ménard a apporté une étude des moyens conservateurs appliqués à la coxalgie et principalement aux abcès dûs à la coxalgie.

On a reproché à la méthode conservatrice la longue durée du traitement. Chez les enfants l'immobilisation est beaucoup mieux supportée par les enfants que par les adultes. Aussi est-ce à cette méthode qu'il faut recourir chez eux.

On peut examiner ce traitement aux trois phases de la coxalgie : sans abcès, avec abcès et avec lésions osseuses et fistules.

Au début c'est à l'immobilisation sans extension continue qu'il faut recourir. Il n'y a pas de déformations, de positions vicieuses suffisantes pour exiger l'extension, qui entraîne le mouvement relatif et la mise au grand air de l'enfant. De plus, il y a contradiction entre immobilisation et extension continue, l'une empêchant l'autre. J'ai eu de plus des positions vicieuses résultant de l'extension continue. Quelle attitude donner aux membres ? Grâce à l'adduction on voit se produire l'usure de la tête puis, plus tard, la luxation et enfin des ankyloses et des raccourcissements considérables. C'est elle la source de tous les maux. Aussi je crois qu'il faut immobiliser les membres dans une situation moyenne d'abduction de façon à établir le contact intime entre la tête et le cotyle.

Je suis formellement opposé à tout ce qui s'appelle redressement brusque dans les affections tuberculeuses, on réalise ainsi des inoculations rapides qui sont causes de morts rapides par méningite : j'en ai eu 5 cas dans mon service.

Il y a des cas où il est impossible de se rendre compte d'une manière exacte de l'état des os paraissent sains s'ils sont remplis de magma tuberculeux, et par suite il est impossible de préciser les chances de généralisations tuberculeuses qui peuvent succéder à un redressement.

Il y a peut-être un mécanisme particulier en changeant le membre d'une mauvaise position en une bonne, nous modifions la distension ou l'amplitude de la cavité articulaire, et nous facilitons la chance de résorptions et d'inoculations. Quand le redressement ne peut plus être obtenu par l'extension, à cause de l'ankylose, des rétractions, je suis partisan des sections musculaires, fibreuses et rendant le redressement facile, et les accidents d'infection secondaire moins fréquents. Après ces petites opérations je pratique l'extension continue, et si cela ne réussit pas, c'est à la section sous-trochanthérienne que j'ai recours.

Dans la coxalgie avec abcès, M. Ménard préconise la ponction et les injections de naphtol camphré. Il parle de

à 10 injections renouvelées tous les 8 ou 15 jours. suis resté fidèle aux injections d'éther iodoformé. éther paraît mieux pénétrer que la glycérine ou que le pthol ; j'ai fait un nombre considérable de ces injections, n fais une, deux, rarement trois; c'est au bout de 3 ou 4 maines que je les renouvelle. Il est un fait qu'il faut pré- ser à ce propos. Il n'est pas nécessaire pour obtenir un mplet succès d'évacuer la dernière goutte du liquide. peut en rester sous forme de sérosité visqueuse, qui se sorbe peu à peu et avec le temps.

M. Ménard propose des résections économiques et pour- uit toutes les fonguosités tuberculeuses employant le mot curettage intégral. On est même conduit à des opéra- ons très importantes qui peuvent cependant être suivies récidives. Je pense que des opérations économiques euvent être suivies des meilleurs résultats. C'est ainsi ue j'ai présenté un petit malade qui a guéri par la tunel- sation du tibia et du fémur pour tumeur blanche du ge- ou. Aussi je suis partisan des opérations aussi minimes ue possibles, surtout dans la chirurgie des enfants, la eule que j'aie en vue actuellement.

M. Reclus. Cette discussion va mettre en question tout e traitement des tuberculoses. Je ne veux relever qu'un oint, c'est l'aggravation des tuberculeux par le traumа- isme, cette question si chère à Verneuil. Je tiens d'une con- versation avec Lannelongue que sa statistique après opéra- ion chez les tuberculeux ne donnait pas plus de ménin- gites que chez les tuberculeux auxquels on ne touchait pas.

Fractures doubles de rotule. — M. Lejars. Elles sont peut-être moins rares que Chaput n'a semblé le dire. J'ai eu un camionneur ayant une double fracture, avec gros épanchement. Je fis le cerclage des deux côtés. Le malade guérit très bien, il y a un an et demi. Le malade a été revu et marche comme avant.

Le cerclage a paru présenter une grande facilité d'exé- cution. L'indication un peu spéciale du cerclage est la présence d'un tout petit fragment inférieur. J'ai eu l'occa- sion d'en voir un cas où le petit fragment n'avait pas plus de 1 centimètre de haut et le perforateur l'aurait certaine- ment fait éclater. Au douzième jour la réunion était com- plète et au vingt-cinquième jour il descendait son esca- lier.

Une fracture comminutive à fragments multiples indique encore le cerclage.

De plus on peut combiner le cerclage avec la réunion du périoste et des ailerons et du tissu fibreux péri et préro- tulien.

L'opération ne sert pas seulement à réunir les fragments mais encore à vider le sang intra articulaire.

Ostéo-sarcôme pédiculé préaortique du tibia. Ablation de la tumeur. Guérison, par M. Verchère. **Photographies de Roentgen avant et après l'inter- vention montrant l'indépendance de la tumeur**, par M. Lacaille. Dans cette courte communication, je tiens surtout à montrer un nouvel avantage que l'on peut tirer de l'emploi des rayons.

Il s'agissait d'un jeune malade qui vit, en 7 mois, se pro- duire avec accompagnement de très violentes douleurs une tumeur occupant exactement le mollet. Le volume en était considérable, la consistance élastique, pseudo-fluc- tuante par tension de la tumeur. A sa surface, un abon- dant lacis de veines serpentait. Il alla consulter à Saint- Antoine MM. Monod et Walther, qui conseillèrent l'un et l'autre l'amputation de la cuisse. Je fis le même diagnostic et n'étais pas éloigné de donner le même conseil, si je n'avais cru sentir une apparence de mobilité de la tumeur sur la face postérieure du tibia et la régularité de forme de la face intérieure et de la crête du tibia. Avant d'en ve- nir à l'amputation, persuadé de la nature de la tumeur, osteo-sarcôme, je résolus de rechercher si le tissu osseux de la tumeur ne viendrait pas sur une épreuve photogra- phique de Rongtgen.

M. le Dr Lacaille, attaché à la clinique de l'Hôtel-Dieu voulut bien me prendre les deux épreuves que je vous présente là. Elles sont extrêmement instructives et m'ont guidé dans ma détermination.

On peut voir que la tumeur est, pour ainsi dire, pédiculée sur la face postérieure du tibia qu'elle laisse intact dans sa forme, et s'étale ensuite en une vaste tumeur sous- musculaire, exactement limitée. La nature même, osseuse de la tumeur se révèle à merveille et l'on peut voir les petites masses de tissu osseux disséminées dans la tumeur. La photographie est prise, la jambe reposant sur la plaque, par sa face externe, aussi aperçoit-on le périoste à travers le tibia. Celui-ci a conservé sa forme.

J'opérai le malade avec l'aide du Dr Ozenne, le Dr Lacaille donnant le chloroforme, et l'examen devait vérifier exacte- ment ce que m'avait appris la radiographie. La tumeur était parfaitement isolée, elle avait soulevé le muscle soléaire dont elle se revêtait et tendait l'aponévrose interne. Je pus par l'incision et la ligature de la tibiale postérieure l'atteindre, la contourner, l'énucler et l'enlever complète- ment sans léser ni les vaisseaux ni les nerfs tibiaux qui la contournaient en arrière et que je disséquai dans toute leur étendue. L'implantation sur le tibia était des dimensions d'une pièce de 5 francs, et ayant incisé le périoste sain à un centimètre de cette insertion, je pus très facilement avec un détache-tendon, la décoller complètement. Elle tenait exactement avec le périoste et au-dessous l'os dénudé était parfaitement sain. Je donnai pour m'en assu- rer quelques coups de gouge, qui me confirmèrent dans l'idée d'absence de tout bourgeon, pénétrant dans le tissu osseux lui-même.

Je fis la réunion avec drainage et la guérison se fit ra- pidement. Quand la cicatrisation fut complète, le Dr La- caille voulut lui reprendre deux nouvelles épreuves que voici et où l'on voit le tibia présentant un volume normal,

La tumeur était un ostéo-sarcôme globo-cellulaire, par- semée de très nombreuses trouées osseuses, plus ou moins fragmentées et baignant dans un tissu friable et ramolli.

Quelle sera l'issue définitive de cette intervention ? Hélas ! je n'ose espérer l'absence de récidive, mais pen- dant le temps que le malade attendra cette récidive, il aura son membre inférieur, ce qui n'est pas à dédaigner pour un jeune homme de 19 ans.

Et lorque cette récidive surviendra, ce qu'elle aurait également fait si on avait amputé la cuisse, il sera encore temps de pratiquer cette amputation pour donner encore une nouvelle période de survie.

Les photographies que je présente m'ont permis d'affir- mer à la famille de ce petit malade que je pouvais mo- mentanément me contenter de l'ablation de la tumeur, chose que l'examen clinique ne permettait pas de recon- naître. C'est donc un procédé de diagnostic à signaler, c'est de lui surtout que je voulais entretenir la Société,

puisqu'il permettra peut-être de donner un nouvel élément aux indications opératoires dans les ostéo-sarcômes périostiques des membres

Arrachement du tendon du biceps au niveau de la rotule. Suture. Guérison. — Présentation du malade au bout de 6 ans, par M. WALTHER.

MM. ROUTIER et MONOD citent deux observations où sans intervention la consolidation naturelle se fit parfaitement.

MM. CHAPUT et CHAMPIONNIÈRE pensent que l'intervention n'est pas inutile.

Ostéo sarcôme du maxillaire inférieur, ayant envahi le maxillaire supérieur. Résection de la mâchoire inférieure et d'une partie de la supérieure. Guérison. — Présentation du malade au bout de 5 ans, par M. GÉRARD-MARCHANT.

Fracture de rotule. Suture périostique. Guérison. — Présentation du malade au bout de 3 ans, par M. CHAPUT.

M. PEYROT. Il faut se méfier de ces fractures suturées par le périoste. Elles sont exposées à se fracturer de nouveau.

Epithélioma du plancher de la bouche. Dédoublement de l'arc maxillaire. Guérison. — Présentation du malade par M. J. L. FAURE.

Coup de pied de cheval. Rupture du foie. Suture. Guérison. — Présentation du malade par M. GUINARD.

F. VERCHÈRE.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Oberlin, pour ordre à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; Annequin, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon ; Boppe, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins-majors de première classe Forgues, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble ; Gils, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Cluzant, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Malinas, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes ; Chopard, pour le 1er d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Courtot, pour le 81e d'infanterie ; Fix, pour le 137e d'infanterie ; Malgat pour le 6e bataillon de chasseurs à pied ; Nabona, pour le 16e escadron du train ; Villiers, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Delahousse, affecté au 32e d'artillerie pour être détaché aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie ; Barthélemy, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; Couturier, pour le 2e tirailleurs Algériens ; Courtet, pour le 4e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chambaud, pour le 4e zouaves ; Beaumevielle, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Cadet, pour le 3e génie ; Jolly, pour le 10e cuirassiers.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Romary, pour le 147e d'infanterie.

Distinctions universitaires. — Son nommés :

OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. MM. les Drs Angeard de Mareuil-sur-le-Lay ; Brard, de la Rochelle.

OFFICIERS D'ACADÉMIE : MM. les Drs Davillé, de la Caillère (Vendée) ; Emerit, de Saint-Jean-d'Angely ; Fillon, de la Roche-sur-Yon : Godet, des Sables-d'Olonne ; Noblen, de Pontchâteau ; Quinemant, de Niort ; Vidal, de Mussidan ; Gilson d'Angoulême.

Hôpitaux de Paris. — Le jury du prochain concours du Bureau central (chirurgie) est ainsi constitué :

MM. Théophile Anger, Sée, Benjamin Anger, Monod, Terrier, Chaput et Renault.

La mortalité à Paris. — Pendant la vingtième semaine du 16 au 22 mai 1897, le service de la statistique a compté 884 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière 947 et à la moyenne 999.

Les maladies épidémiques sont moins rares (43 au lieu de 49 et de la moyenne 75), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 1 et de la moyenne 7, la scarlatine 1 au lieu de la moyenne 5, la rougeole (revenue presque à son taux normal en cette saison) 30 décès au lieu de 33 et de la moyenne 27, la coqueluche 1 au lieu de 7 et de la moyenne 8, la diphtérie 4 au lieu de 3 et de la moyenne 22.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 3 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 30 décès au-dessous de 1 an comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 40.

En outre 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 105 décès (au lieu de 114 pendant la semaine précédente et au lieu de 147, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 19 ; bronchite chronique 16 décès (au lieu de la moyenne 31) ; bronchopneumonie, 36 décès (au lieu de la moyenne 37) ; pneumonie 36 décès (au lieu de la moyenne 60). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 35 décès, dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès au lieu de la moyenne 197 ; la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 13 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 28 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 87 décès, et les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 44 personnes. Enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 20 suicides, et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 507 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.199 enfants vivants (623 garçons et 576 filles), dont 843 légitimes et 356 illégitimes. Parmi ces derniers, 43 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 368 enfants, dont 16 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 100 seront nourris au sein et 268 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 96 mort-nés (dont 66 légitimes et 30 illégitimes).

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*